



OFFICINA PRINCIPAL
707 N ARMSTRONG PLACE
BOISE, ID 83704-0825
TEL (208) 327-7450
FAX (208) 327-8580
www.cdhd.idaho.gov

El Departamento de Salud del Distrito Central promueve el bienestar en nuestras comunidades a través de educación, prevención de enfermedad e incapacidad, y preservación de la calidad de nuestro medio ambiente.

CONSENTIMIENTO PARA VACUNACION POR ADULTO RESPONSABLE

El padre/madre de _____ en este momento no se le es posible traer al niño/a a la cita. Soy el adulto responsable por el cuidado de este niño/a y tengo la capacidad y responsabilidad de tomar decisiones bajo las circunstancias. Yo doy mi consentimiento por el niño/a nombrado para recibir las vacunas recomendadas por el Departamento de Salud del Distrito Central.

Firma de Adulto

Fecha